FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1915

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Paul LAVAT

Né à Granville (Manche), le 26 janvier 1890.
Ancien externe des hôpitaux de Paris
et des services d'ophtalmologie de Beaujon et Laribosière.
Assistant lauréat de la Clinique Nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts,
Médecin auxiliaire au 115e régiment d'infanterie.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DU

DELIRIUM TREMENS

Président : M. CHAUFFARD, *Professeur*.

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1915

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. LANDOUZY

PROFESSEURS :	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL, TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE, LANDOUZY, GILBERT, CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, N., HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN.

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (Henri)	MULON	SCHWARTZ
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON TRÈS REGRETTÉ PÈRE

LE DOCTEUR A. LAVAT

Médecin-Major de 1re classe,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Mon premier maître.

A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE, LE DOCTEUR G. LECLERC

Médecin-Major de 1re classe,
Chevalier de la Légion d'honneur.

MEIS ET AMICIS

A MES COLLÈGUES ET AMIS DU 115e D'INFANTERIE

Nous remercions tout particulièrement notre ami, le Docteur Baufle, aide-major au 115e, et ancien interne des hôpitaux de Paris, qui a bien voulu nous faire profiter de sa très grande connaissance du sujet de cette thèse et de conseils très autorisés dans sa rédaction.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stages.

1908. M. le Professeur RECLUS, chirurgien de la Charité (*in memoriam*).

1909. M. le Professeur CHAUFFARD, médecin de Cochin.
M. le Docteur BOURCY, médecin de Laënnec.

1910. M. le Professeur agrégé TUFFIER, chirurgien de Beaujon.

Externat.

1910. M. le Professeur agrégé MARCEL LABBÉ, médecin de la Maison municipale de Santé.

1911. M. le Docteur LAUNAY, chirurgien de la Maison municipale de Santé.

1912. M. le Docteur POULARD, ophtalmologiste de Beaujon.

1913. M. le Professeur CHAUFFARD, médecin de Saint-Antoine.

1914. M. le Docteur V. MORAX, ophtalmologiste de Lariboisière.

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Docteur GUILLAIN, professeur agrégé, médecin des Hôpitaux.

M. le Docteur COYON, médecin des Hôpitaux.

M. le Docteur A. SCHWARTZ, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

MM. les Docteurs VEAU et GUIBÉ, chirurgiens des Hôpitaux.

M. le Docteur CATHALA, accoucheur des Hôpitaux.

MM. les Docteurs RIVET, TROISIER, LAROCHE et FLANDRIN, chefs de clinique.

A MES MAITRES A LA CLINIQUE DES QUINZE-VINGTS

Au Docteur VALUDE

Médecin de la clinique Nationale des Quinze-Vingts,
Officier de la Légion d'honneur.

Depuis trois ans que nous sommes son assistant, nous avons pu apprécier son enseignement clinique d'une si haute valeur et nous lui sommes profondément reconnaissant pour tous les progrès qu'il nous a fait faire en ophtalmologie.

Au Docteur KALT

Au Docteur CHAILLOUS

Médecins de la Clinique des Quinze-Vingts.

Qui nous ont toujours très aimablement accueilli pendant les périodes passées dans leurs services.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR A. CHAUFFARD

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine,
Officier de la Légion d'Honneur.

Nous le remercions du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

C'est pour nous un nouveau motif de reconnaissance, car après avoir fait dans son service nos débuts dans les études médicales, il nous a permis de compléter plus tard nos connaissances générales.

Depuis notre spécialisation, connaissant les relations si importantes qui unissent l'ophtalmologie et la médecine générale, il nous a toujours ouvert largement ses salles et son laboratoire.

Nous sommes heureux de lui témoigner de nouveau aujourd'hui notre bien profonde reconnaissance.

INTRODUCTION

Depuis le début de la guerre, les questions relatives à l'hygiène et à la santé des troupes ont pris naturellement la première place dans les préoccupations de tous les médecins, plus particulièrement de ceux qui sont aux armées.

L'alcoolisme qui est un facteur puissant d'amoindrissement physique et moral pour les troupes, a été dès le début très justement combattu avec soin.

Cependant le début de cette campagne nous a permis de voir, en Normandie, des cas nombreux et mortels de délirium tremens.

Les chaleurs prochaines, les fatigues naturelles d'une campagne de longue durée, les excès de boissons toujours possibles pour des hommes qui descendent des tranchées au cantonnement de repos, nous permettent de craindre de nouveaux cas de délirium tremens.

Médecin auxiliaire dans un régiment d'infanterie,

nous avons songé à utiliser les loisirs que laisse parfois la vie de médecin dans un poste de secours de tranchées, et nous avons pensé faire œuvre utile en résumant les notions acquises sur ce sujet d'un intérêt primordial pour tous les collègues, actuellement comme nous, aux armées.

LE DELIRIUM TREMENS

Le delirium tremens est un délire avec hallucinations, accompagné de tremblement, d'insomnie, de troubles somatiques divers, et survenant au cours de l'intoxication par les liqueurs spiritueuses ou fermentées.

Il constitue une des modalités du délire alcoolique, mais non la seule : son apparition à l'occasion d'une cause provocatrice, son évolution aiguë, l'existence concomitante des signes généraux d'infection ou d'intoxication, lui donnent une individualité et le séparent nettement des autres manifestations délirantes de l'alcoolisme chronique.

Il a été décrit sous les dénominations les plus diverses : délire tremblant, délire ébrieux ou crapuleux, folie alcoolique aiguë, folie alcoolique à forme maniaque, encephalitis tremefaciens, fièvre cérébrale.

CHAPITRE I

ÉTIOLOGIE

Le delirium tremens est un accident, un épisode au cours de l'alcoolisme chronique, quelque soit d'ailleurs le mode d'intoxication : intoxication par le vin (œnolisme), par les liqueurs spiritueuses (éthylisme), par les essences (absinthisme); habituellement, ces diverses intoxications sont réunies; les buveurs sont éclectiques, abusant à la fois du vin, des liqueurs, de l'absinthe. Cependant certains auteurs admettent la fréquence plus grande du delirium tremens chez les buveurs d'eau-de-vie; par contre Spath l'aurait vu survenir chez des sujets dont la bière était la seule boisson (1).

Le rôle de l'alcoolisme chronique ne saurait être discuté : les statistiques établissent que les cas de delirium tremens suivent une marche croissante, parallèle aux progrès de l'alcoolisme; selon le mot de Lippich (cité par Racle) : « le delirium tremens est le meilleur alcoo-

(1) Spath. Cité dans le *Compendium de Médecine pratique.*

mètre pour indiquer la progression croissante de l'alcoolisme dans une région (1) ».

On comprend que sa fréquence soit plus grande dans les pays du Nord (Danemarck, Suède et Norwège) parce que leurs habitants cherchent à lutter contre la rigueur du climat par l'abus des boissons alcooliques; il faut cependant reconnaître que, sous ces latitudes, l'influence néfaste de l'alcool est grandement accrue par la pauvreté du régime alimentaire. Cette remarque avait déjà été faite par Lasègue (2) : « les accidents alcooliques sont plus fréquents dans les pays pauvres comme la Suède, où l'on ne mange pas, parce qu'on n'a rien, tandis qu'ils sont plus rares chez les riches fermiers de Normandie, qui se nourrissent plantureusement et boivent à grands traits après avoir mangé. »

Causes prédisposantes : *influence de l'âge, du sexe, des professions.* — Le delirium tremens est surtout fréquent chez l'homme, et à l'âge adulte, « à l'âge où l'on aime à boire » (Rayer).

Certaines professions y prédisposent d'une manière évidente. Il s'observe souvent chez les forgerons les forts de la Halle, les boulangers, les déménageurs qui demandent aux boissons alcoolisées une vigueur temporaire, illusoire, pour suffire à la dépense considérable de forces qu'exige leur métier. De même, les sujets exposés à l'action permanente de la chaleur (souffleurs de verre, ouvriers des usines à gaz, chauffeurs) sont

(1) Racle. *De l'alcoolisme.* Thèse d'agrégation.
(2) Lasègue. *Etudes médicales*, T. II, p. 59 et 203.

entraînés à boire de par leur profession. Il en est de même des marchands de vin, d'eau-de-vie, des distillateurs, des tonneliers, des employés de chaix, des hommes qui travaillent à Bercy (Parent-Duchatelet), des placiers en vin qui contractent, souvent à leur insu, des habitudes alcooliques qu'ils ignorent eux-mêmes, jusqu'au jour où une crise de delirium tremens vient mettre en évidence leur intoxication latente.

Dans ces conditions, l'action de l'alcool est souvent renforcée par une alimentation insuffisante, une hygiène défectueuse, l'absence d'exercices susceptibles de favoriser l'élimination du toxique : de fait, le delirium tremens est moins fréquent chez l'agriculteur, chez les sujets qui travaillent au grand air, menant une vie active, que chez les ouvriers des villes, confinés dans un atelier.

Le delirium tremens s'observe aussi chez la femme, souvent alors dans les grandes villes, surtout dans la classe ouvrière, lorsque la femme soumise aux mêmes travaux pénibles que l'homme, se laisse aller aux mêmes excès. D'autres s'alcoolisent insidieusement, en absorbant du vulnéaire, de l'alcoolat de mélisse, de l'élixir de longue vie et d'autres drogues, soit comme toniques, soit pour calmer des douleurs gastriques liées elles-mêmes à l'alcoolisme. Enfin, il faut reconnaître que certaines femmes, habituellement sobres, accusent au moment de la ménopause un penchant extraordinaire pour les boissons alcooliques, d'où résulte une intoxication chronique.

Quant à l'existence du delirium tremens chez *l'enfant*,

elle reste discutable, malgré les faits relatés par Veiss, Stadler, Hohl, et observés en Ecosse, où les parents auraient la détestable habitude de donner de l'alcool aux jeunes enfants pour les fortifier et surtout (sans doute plus souvent) pour calmer leurs cris, il semble qu'il s'agisse plutôt, dans ces conditions, de cas d'ivresse aiguë ; mais le delirium tremens ne saurait exister, puisqu'il nécessite, pour se produire, une intoxication alcoolique lente, prolongée.

Certains auteurs admettent que les fomentations alcooliques, les inspirations dans une atmosphère surchargée de vapeurs d'alcool seraient susceptibles d'occasionner une attaque de delirium tremens (Sutton, Léveillé, Tartra) ; mais, comme le fait remarquer Bally (1) le plus souvent une débauche dissimulée avec soin paraît en avoir été la véritable cause.

Le delirium tremens n'apparaît pas chez tous les buveurs, de même que l'ivresse ne suit pas toujours des libations copieuses. Il est légitime d'admettre avec Sollier (2) une véritable prédisposition : l'hérédité est la cause principale du délire alcoolique et l'hérédité similaire paraît jouer un rôle prépondérant, opinion que professent également Magnan (3) et Ball (4) : « chez ces sujets, l'alcoolisme revêt un caractère impulsif, parce que ce sont des héréditaires ; ce sont ces malades, alcooliques parce qu'ils sont névropathes, qui fournissent les

1) Bally. *Du delirium tremens et de ses divers traitements*, Thèse de Paris, 1855.

2) Sollier. *Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme*, Paris 1889.

(3) Magnan. *De l'alcoolisme; des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement* 1874.

(4) Ball. *Leçons sur les maladies mentales*, 1880.

cas les plus nombreux de delirium tremens ». Il faut tenir compte aussi de la dipsomanie qui apparaît comme un stigmate de dégénérescence et peut être cause du delirium tremens.

Causes occasionnelles, déterminantes : *infections*, *traumatismes*. — Même chez des prédisposés, le delirium tremens n'apparaît presque jamais spontanément : il nécessite pour se produire *une cause occasionnelle*, d'ailleurs variable.

C'est ainsi qu'on a fait jouer un rôle important à des excès de boissons récents (*délire a potu nimio*), opinion contredite par Jacobson (de Copenhague) (1) qui n'aurait pas vu un seul cas de delirium tremens succéder à l'absorption exagérée de liquides spiritueux. Pour d'autres, la suppression brusque de l'alcool pourrait déclancher des accidents délirants (*délire a potu suspenso*); le fait aurait été observé chez des prisonniers, chez des forçats. Bruhl-Cramer qui s'est fait le défenseur de cette opinion compare l'attaque de delirium tremens aux accidents qui suivent la suppression brusque de la morphine chez les habitués; cependant Chomel, Grisolle (2) contestent ce rôle provocateur de l'abstinence et, d'après Léveillé, on en est encore à trouver un fait bien authentique de délire tremblant survenu à la suite d'une privation forcée d'alcool. Les observations établissent d'ailleurs que l'accès de delirium tremens se manifeste souvent très

(1) Jacobson. *Allgemeine Zeitschrift fur Psychiatrie*, 1897, T. LIV.
(2) Grisolle. *Traité de Pathologie interne*, T. II, p. 58.

peu de temps, moins de 24 heures, après la suppression des boissons alcooliques.

Par contre, il est intéressant de noter que les accidents éclatent parfois après une longue abstinence; des prisonniers, privés d'alcool depuis plusieurs années, peuvent présenter, à l'occasion d'une infection, d'un traumatisme, des crises de delirium tremens; il y aurait là, au dire de Borshoeffer (1) une opposition très nette entre le délire et l'épilepsie alcoolique; cette dernière ne s'observerait jamais après une semaine d'abstinence.

Habituellement, c'est à l'occasion d'un traumatisme ou d'une infection que la crise de delirium tremens éclate.

Au premier rang des *traumatismes* se placent les fractures, de siège et de gravité divers : très souvent, il s'agit de fractures des os de la jambe, simples ou compliquées; mais les fractures les plus bénignes (péroné, clavicule, côtes), les luxations de l'épaule, les contusions, une simple entorse du cou de pied se compliquent fréquemment de delirium tremens.

Il en est de même de certaines *interventions chirurgicales*, surtout lorsqu'elles ont nécessité l'anesthésie générale (chloroforme, éther); nous verrons ultérieurement le rôle que peut jouer l'action toxique des anesthésiques.

Jacobson accorde peu d'importance au traumatisme, en tant que cause occasionnelle; il estime que, contrairement à l'opinion classique, c'est le délire commençant qui, le plus souvent, est la cause du traumatisme.

(1) Borshoeffer. *Monatschrift fur Psychiatrie und Neurologie*, mars 1897, Vol. I, p. 229.

A côté de ces faits, qui constituent le groupe des cas chirurgicaux de delirium tremens, se placent les *cas médicaux*, non moins fréquents.

La pneumonie franche aiguë est souvent en cause ; on connaît bien cette pneumonie des alcooliques, ordinairement localisée au sommet et dont le delirium tremens est presque un symptôme normal ; d'après J.-B. Franck sur 117 cas de delirium tremens, la pneumonie a joué 50 fois le rôle de cause provocatrice.

L'érysipèle de la face, surtout lorsqu'il atteint le cuir chevelu, compte aussi le delirium tremens parmi ses complications. Mais il n'est pas une infection qui n'ait pu le déterminer ; on l'a signalé à la suite de lymphangites aiguës, et, plus exceptionnellement, à l'occasion des fièvres, de rhumatisme articulaire aigu (Landouzy) (1), de fièvre typhoïde (Duclos), de dysenterie (Fritsch, cité par Szerlewcki) (2) et même de la tuberculose pulmonaire cavitaire (Ebers).

Les hémorragies abondantes, spontanées ou provoquées (saignées), l'inanition (Roubinowitch) (3) s'accompagnent parfois aussi de delirium tremens ; on sait, que, d'une manière générale, l'anémie cérébrale prédispose aux accidents délirants. De même, certaines méthodes thérapeutiques, telle que l'inoculation du virus rabique (Szerlewsky) ont pu jouer le rôle de cause occasionnelle.

(1) Landouzy. Délire alcoolique au cours du rhumatisme articulaire aigu. *Gaz. des hôp.*, 1884, p. 771.

(2) Szerlewksi. *Essai sur la physiologie pathologique et le traitement des délires causés par l'abus des médicaments dystrophiques dits d'épargne*, Thèse de Paris, 1875.

(3). Roubinowitch. L'alcolisme, *Traité de Pathologie mentale*, de G. Ballet.

Enfin le travail intellectuel prolongé, l'abus des rapports sexuels, les émotions ont une influence indéniable : Dupuytren signalait à ce propos la fréquence plus grande du delirium tremens à la suite de tentatives de suicide, même lorsque le traumatisme avait été léger. De même, lorsque le delirium tremens éclate chez un individu qui vient d'être arrêté et enfermé dans une cellule, il faut tenir compte non seulement de la suppression brusque de l'alcool, mais aussi de l'émotion provoquée par l'arrestation elle-même.

Il est exceptionnel que le delirium tremens apparaisse sans cause provocatrice : l'examen minutieux du malade permettra presque toujours de retrouver à l'origine de l'accès une infection légère, telle qu'une angine, un embarras gastrique a crapula, avec ou sans fièvre; ou bien encore le primum movens sera une brusque variation de température, un refroidissement, plus souvent une insolation (Edwards Mann) (1); et Lancereaux relate une véritable épidémie de delirium tremens observée pendant un été exceptionnellement chaud.

La cause qui déclanche la crise peut être légère, elle n'en existe pas moins. On ne saurait mieux résumer le rôle de ces facteurs occasionnels qu'en rappelant le mot de Ball : « le fusil est chargé, le coup part, mais il ne part pas tout seul; il a fallu un choc pour déterminer la décharge. »

1) Edwards Mann. Phénomènes cliniques, et traitement du delirium tremens. *Journal of nervous and mental disease anal.*, in *L'Encéphale*, 1883 p.384.

CHAPITRE II

SYMPTOMES

Les symptômes qui caractérisent le delirium tremens varient suivant les sujets; tous les intermédiaires se rencontrent entre les formes légères qui évoluent rapidement vers la guérison et les formes graves qui, restant au-dessus des ressources de la thérapeutique, aboutissent à une terminaison fatale en quelques jours.

Dans la forme commune, d'intensité moyenne, le delirium tremens n'éclate pas brusquement, mais s'installe d'une manière progressive, en quelques jours.

Il existe *une période prodromique* pendant laquelle le sujet peut encore vaquer à ses occupations, mais où divers troubles attirent déjà l'attention.

L'alcoolique devient sombre, taciturne, éprouve un certain degré d'obnubilation intellectuelle; il se plaint de sentir un nuage qui couvre sa raison et, par moment, doit faire un effort pour distinguer d'un fait réel le sou-

venir d'un rêve (A. Fournier); certains accusent une courbature généralisée ou une angoisse mal définie; d'autres, à ce moment, sont en proie à une véritable dipsomanie passagère qui les porte à s'enivrer, la débauche apparaissant alors comme l'effet plutôt que la cause du delirium tremens.

Parfois les phénomènes de dépression sont rapidement remplacés par des signes d'excitation : l'œil est vif, la parole brève, les mouvements brusques; la loquacité, le bavardage continuel, la gaité rappellent le tableau de l'ivresse aiguë; il existe de l'hyperesthésie généralisée; « lorsqu'à la suite de traumatisme ou d'intervention chirurgicale, le malade affecte un courage et une résolution désormais inutiles, soyez sur vos gardes ». (Dupuytren (2).

Mais au milieu de ces troubles mal définis, communs à beaucoup d'affections, apparaissent deux symptômes qui doivent faire présager, à bref délai, l'éclosion du delirium tremens : ce sont d'abord *les modifications du sommeil*; l'alcoolique qui dort mal habituellement se plaint de cauchemars, de rêvasseries, parfois d'une insomnie presque absolue; il ne dort que quelques heures vers le matin; en même temps survient, le soir, un délire léger, subdelirium tranquille qui persiste toute la nuit, disparaît au réveil, puis réapparaît plus intense le lendemain soir.

En même temps, le facies du malade se modifie : le

(1) Fournier. Article « alcoolisme » in *Nouveau dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques.*

(2) Dupuytren. *Leçons orales de Clinique chirurgicale.* Tome II, p. 222.

teint est terreux, parfois subictérique; la langue est sale; l'anorexie, absolue; la constipation, de règle.

Peu à peu surviennent, chaque soir, pendant 2 ou 3 jours des illusions et des hallucinations. Ces troubles sensoriels ont une importance capitale, car ils semblent bien être le point de départ, la clef des troubles psychiques. Il est nécessaire de rapporter un certain nombre d'exemples de ces phénomènes; nous relaterons avec quelques détails, des fragments de conversation, des scènes rapides auxquelles on peut assister lorsqu'on suit pendant quelques jours des malades atteints de delirium tremens.

Aussi envisagerons nous successivement :

1. Les illusions;
2. Les hallucinations;
3. Le délire.

1. Illusions. — Au début, le malade a des illusions, c'est-à-dire qu'il interprète d'une manière inexacte des sensations réelles, actuellement perçues : une ombre derrière une porte vitrée prend l'aspect d'un monstre, un objet brillant devient une arme dont un ennemi imaginaire le menace; les personnes qui l'entourent et qu'il ne connaît pas se transforment en diables; parle-t-on à côté de son lit, il prétend qu'on le menace et tous les gestes de son entourage lui semblent dirigés contre sa propre sécurité.

On se rend compte très facilement de ces illusions dans un service hospitalier, où, pendant la visite, les délirants alcooliques suivent tous les gestes du person-

nel d'un œil inquiet, prêtant l'oreille aux conversations et croient toujours qu'on trame quelque complot contre eux. Très caractéristique est l'histoire d'un malade qui, apercevant le reflet brillant de la lune sur le plancher de sa chambre, se croit au bord d'une rivière et se déshabille pour prendre un bain (1). D'autres acceptent de l'eau pour de l'eau-de-vie, des infusions ou des tisanes colorées pour du vin.

2. Hallucinations. — Bientôt surviennent des hallucinations qui constituent un des symptômes caractéristiques du delirium tremens.

Ce sont surtout des *hallucinations visuelles* et la plupart *se rapportent aux occupations habituelles* du malade : un marchand de vin s'entretient avec ses clients ou commande son personnel; un cocher fouette ses chevaux; un maçon parle avec ses camarades, leur demande « un coup de main » pour soulever une charge trop lourde. Magnan relate le cas d'une fille publique qui avait des idées obscènes et voyait autour d'elle des scènes lubriques lui rappelant son triste métier.

Ces quelques exemples confirment l'opinion de Lasègue : « chez l'alcoolique, la profession est le pivot du rêve ».

A côté de ces *hallucinations professionnelles*, d'autres apparaissent comme *le reflet du caractère du malade*. « L'homme colérique s'emporte; celui qui a un penchant pour l'amour soupire; le sceptique affecte plus de

(1) *Compendium de médecine pratique.*

mépris, plus d'indifférence, plus d'insouciance qu'il n'a en réalité, ce qui confirme l'adage : » *in vino veritas* mais cette remarque de Bally semble s'appliquer à l'ivresse aiguë plutôt qu'au delirium tremens.

Parfois les hallucinations ont pour objet, non plus les occupations ordinaires, mais une *préoccupation momentanée, accidentelle*, qui a précédé la crise de delirium tremens : un homme, vivant en mauvais termes avec sa femme et sa belle-mère, prétendait qu'elles l'injuriaient toutes deux; « elles l'accablaient de reproches, disait-il, sur sa conduite infâme, l'accusant d'avoir violé sa jeune belle-sœur et de lui avoir donné du mal ». (Marandon de Montyel) (1).

Egalement caractéristique est *la zoopsie*, ou *vision d'animaux*, modalité fréquente des hallucinations visuelles chez l'alcoolique : les malades voient des animaux (rats, souris, chats, serpents) qui courent dans la chambre et grimpent sur le lit. Magnan rapporte un grand nombre d'observations de ce genre, parmi lesquelles nous mentionnerons les plus caractéristiques.

Un malade se croit entouré de scorpions qui étendent leurs pinces pour le saisir. Un autre voit une araignée monstrueuse qui cherche à grimper sur ses cuisses. Un gaveur de pigeons des Halles s'efforce de prendre au vol des pigeons qu'il voit voler dans sa chambre, croit y parvenir et, serrant les genoux, comme s'il maintenait un oiseau, fait le geste de gaver un pigeon avec du grain. Certains sont effrayés par le nombre colossal

(1) Marandon de Montyel. Attentat à la pudeur commis par un alcoolique; delirium tremens postérieur à l'arrestation, *L'Encéphale*, 1885, p. 286

d'animaux qui les entourent : l'un compte 200 rats sous son lit; un autre dit que le plancher de sa chambre est couvert de grenouilles. Parfois les malades décrivent des monstres effrayants, des êtres fantastiques, irréels, qu'ils voient se détacher du mur et s'avancer en grandissant jusqu'à leur lit.

La zoopsie, si fréquente, n'a pas toujours un caractère effrayant; un marchand de vin, admis à l'hôpital, voyait au pied de son lit son chat qui l'avait suivi, disait-il, parce qu'il ne voulait pas rester seul à la maison.

Souvent aussi, le délirant alcoolique croit que sa vie est menacée et les exemples abondent d'hallucinations de ce genre. L'un se croit poursuivi par des gens armés de couteaux, de bâtons, qui veulent le mettre à mort. Un autre prétend qu'on pratique des trous dans la muraille pour le tuer à coups de revolver; d'autres voient des canons de revolver passant par les trous des serrures; certains aperçoivent sur les toits des maisons voisines des hommes armés de fusils qui les mettent en joue. Quelques-uns se croient poursuivis par des gendarmes, des agents; il s'agit souvent alors d'individus qui viennent d'être arrêtés et enfermés au poste; leurs hallucinations sont la conséquence naturelle de ce récent événement. Certains malades se figurent qu'ils sont condamnés à mort et se trouvent au pied de l'échafaud. Beaucoup assistent à des scènes de carnage, à des tentatives d'assassinat contre leurs enfants et restent impuissants à les défendre. Souvent les délirants alcooliques accusent les personnes qui les entourent; à

l'hôpital, il est très fréquent, le matin, à la visite, de voir un sujet dont le délire s'est calmé à l'approche du jour, accuser les infirmiers de les avoir brutalisés; ces accusations sont d'ailleurs, le plus souvent imprécises : « On a voulu me faire du mal », dit le malade, mais il ne donne guère de détails; il semble rapporter le souvenir d'un rêve, plutôt que relater un drame où il aurait joué le rôle de victime.

Un alcoolique, dans une observation de Magnan, voyait sa femme qui commettait devant lui le plus sanglant des outrages; cette dernière variété d'hallucinations n'est pas rare chez l'alcoolique qui, très souvent, devient jaloux et accuse injustement sa femme, même en dehors des périodes délirantes (Lasègue).

La vision de globes lumineux, d'étincelles, de jets de flammes, comme des étoiles filantes, est fréquente. Certains sujets assistent à des incendies et se croient entourés de flammes : un malade voyait sa chambre se remplir de pétrole enflammé ; il grimpait sur le lit, se cramponnait à la fenêtre, mais c'était en vain; le pétrole montait toujours menaçant de l'atteindre. Lasègue relate l'histoire d'un individu qui avait quitté son domicile, où il ne se trouvait plus en sûreté, car ses voisins, disait-il, faisaient des amas de matières incendiaires pour le brûler; isolé dans une cellule du dépôt, il écrit au surveillant en chef que son compagnon a l'intention de mettre le feu à la paillasse, montrant ainsi qu'il est toujours poursuivi par des hallucinations du même genre.

D'autres voient des précipices qui s'ouvrent sous leurs

pas, ou bien un flot montant autour de leur lit, qui menace de les engloutir : *cette vision de l'eau*, aussi fréquente que la zoopsie, d'après Moreau (1) serait comme elle, caractéristique du delirium tremens.

Mentionnons enfin cette dernière particularité des hallucinations visuelles que souvent les objets et les êtres vus par le malade présentent des variations rapides de formes et de dimensions : un sujet montrait du doigt des figures grimaçantes qui, disait-il, changeaient de couleur, se multipliaient et se rapetissaient successivement; de même, ses propres membres prenaient des dimensions colossales, puis diminuaient et devenaient tout petits.

D'après Lasègue, les hallucinations visuelles existeraient seules dans le delirium tremens : c'est là une opinion trop absolue; il est exact que les hallucinations des autres sens sont beaucoup moins constantes et toujours plus confuses, simplement ébauchées, mais elles n'en existent pas moins, en particulier *les hallucinations auditives*.

Souvent ces hallucinations sont simples (sons de cloches, bruits de coups de feu, de fusillade, exceptionnellement agréables, tels que bruits musicaux). D'autre part, les malades entendent parfois les voix menaçantes d'êtres imaginaires ou les hurlements d'animaux qui les poursuivent. Une femme prétendait qu'on l'insultait, qu'on la traitait de criminelle. Pendant la guerre de 1870, d'après la remarque de Magnan, les sujets enten-

(1) A. Moreau. *Contribution à l'étude du délire alcoolique.* Thèse de Paris, 15 juillet 1902.

daient des voix qui les traitaient d'espions, de Bismark. Motet (1) fait observer que, le plus souvent, les malades attachent peu d'importance aux hallucinations auditives, les discutent et les jugent pour ce qu'elles sont en réalité.

Il nous a été donné d'observer un exemple assez intéressant d'hallucinations auditives chez un délirant alcoolique. Dans une chambre d'isolement de l'hôpital Tenon se trouvait une bouche de calorifère, fermée par un grillage de 0,40 sur 0,20 environ. Le malade isolé dans cette pièce prenait cette ouverture pour un appareil téléphonique et nous l'avons trouvé plusieurs fois occupé à « parler dans cet appareil »; après quoi il appliquait l'oreille et sa mimique donnait l'impression qu'il entretenait une conversation avec un être imaginaire. L'existence de ces hallucinations auditives rendait le diagnostic hésitant et faisait penser à un début de paralysie générale plutôt qu'à un cas de delirium tremens. Cependant l'évolution ultérieure confirma ce dernier diagnostic; d'autre part, nous pûmes nous rendre compte que le malade avait des illusions plutôt que des hallucinations : on entendait en effet au niveau de la bouche du calorifère des bruits de voix provenant d'une chambre voisine.

Les hallucinations *de la sensibilité générale* peuvent se rencontrer : des malades accusent des sensations de brûlures, de morsures, que n'explique aucune lésion apparente; ou bien les malades se plaignent d'un cha-

(1) Motet. *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques.*

touillement continuel entre les chairs et la peau et se grattent sans interruption. Il y a même là un contraste frappant entre l'hyperesthésie cutanée et la diminution de sensibilité habituelle chez ces sujets à tel point qu'ils supportent sans un cri une incision, une réduction de fracture.

Beaucoup plus rares sont les hallucinations *du goût et de l'odorat* : toutefois les malades peuvent trouver à leurs aliments une odeur ou une saveur anormales (odeur de soufre, d'alcool; goût de poison, sans préciser davantage) et croient par suite qu'on cherche à les empoisonner.

Enfin, dans un cas, Ball a constaté *des perversions du sens génital* : le malade, pendant sa crise, avait des sensations lubriques et prétendait qu'on le masturbait. Un malade de Magnan croyait qu'on lui fendait la verge; il sentait le canif qui la lui coupait, en même temps qu'il entendait les voix moqueuses de ses camarades lui disant : « tu n'es plus un homme ».

Chez les femmes, les hallucinations génitales sont loin d'être exceptionnelles : beaucoup affirment qu'on a tenté de les violer et accusent de ce crime les personnes de leur entourage. Souvent, dans les services hospitaliers, les femmes atteintes de délire alcoolique et isolées dans une chambre spéciale, se plaignent d'attentats commis sur elles par les infirmiers, accusations dénuées de tout fondement, mais assez importantes cependant pour que la question se pose de la nécessité de faire surveiller et soigner les femmes délirantes par un personnel exclusivement féminin.

Caractères généraux des hallucinations. — D'une manière générale, et surtout pendant les premiers jours du delirium tremens, toutes ces hallucinations apparaissent de préférence au moment intermédiaire entre l'état de veille et de sommeil (*hallucinations hypnagogiques*) (Baillarger) et atteignent leur maximum d'intensité pendant la nuit. L'obscurité a, sur leur développement, une influence marquée, dont les malades eux-mêmes se rendent parfaitement compte : certains, en effet, refusent d'éteindre la lumière, par crainte de voir se produire les visions fantastiques qui les effrayent; elles diminuent le matin, quand l'aube apparaît et cessent parfois tout à fait dans la journée, mais elles peuvent revenir si le malade est à nouveau plongé dans l'obscurité.

Les alcooliques cherchent à convaincre leur entourage de la réalité de leurs visions; ils les racontent comme un fait passé et semblent croire à la réalité des scènes auxquelles ils ont assisté. Un malade d'Anderson racontait ainsi ses hallucinations : « je vis un soldat au visage repoussant; je voulus savoir ce qu'il demandait, mais ne recevant d'autre réponse qu'un coup d'œil menaçant, je m'élançai pour saisir l'impertinent; quelle fut ma surprise, ce n'était qu'un fantôme! après avoir recueilli mes esprits, je voulus m'assurer par moi-même de l'être qui fuyait devant moi à la faveur de l'obscurité ». (Brierre de Boismont) (1).

Dans la journée, cependant, les malades se rendent compte de leurs erreurs; ils se convainquent facilement

(1) Brierre de Boismont. *Des hallucinations*, 1852.

qu'ils ont été victimes d'illusions ou d'hallucinations; ils n'en redoutent pas moins leur retour pour la nuit suivante, fait surtout facile à constater lorsque le delirium tremens est en voie d'amélioration et que les hallucinations disparaissent pendant la journée pour devenir exclusivement nocturnes (1).

En dehors de ces *hallucinations spontanées*, il est possible de *provoquer des hallucinations* pendant la crise de delirium tremens. La compression des globes oculaires qui, normalement, donne lieu aux images de Purkinje produit chez l'alcoolique des visions de chiffres, de mots, mais sans aucun sens général.

On peut les provoquer également par la *suggestion*; mais elles diffèrent toujours des hallucinations spontanées par leur courte durée, leur réaction affective insignifiante ou nulle (Cumpelick) (2), l'absence d'angoisse qui accompagne les hallucinations spontanées. De fait, ces dernières sont toujours agressives, terrifiantes, pénibles, ce qui explique la forme du délire « qui les suit dans leur évolution et se moule en quelque sorte sur elles ». (Fournier).

3. Le délire. — Le délire, en effet, pendant la crise de delirium tremens, apparaît comme la conséquence directe des hallucinations. Dans nombre de cas, il est

(1) Il est facile de résumer en quelques mots les caractères les plus saillants des hallucinations au cours du delirium tremens : Presque toujours *visuelles* en rapport avec les *occupations habituelles du malade*, elles sont *pénibles, terrifiantes* (*zoopsie*, incendies, menaces) et de plus, *extrêmement mobiles;* elles apparaissent d'abord *à l'approche du soir*, persistent la nuit et diminuent à l'aube.

(2) Cumpelik. IIIe congrès des médecins tchèques à Prague, anal. dans la *Rev. de Neurol.* 30 septembre 1902.

facile de se rendre compte que les actes du malade sont en harmonie avec les sensations fausses qu'il éprouve.

Ce que Lasègue disait du délire alcoolique en général est parfaitement applicable au delirium tremens : c'est un rêve, et un rêve coordonné, mais la succession des idées est si rapide, leur mobilité si grande qu'il semble, au premier abord, confus, incohérent et qu'on cherche en vain au milieu de ce flux de paroles un fil conducteur. Les exemples suivants sont suffisamment démonstratifs.

Un malade de Magnan croit qu'on a percé des trous dans la muraille pour y passer des revolvers et le tuer; il installe, à sa place, dans son lit, un mannequin sur lequel devaient être dirigées les balles que lui destinaient ses ennemis imaginaires : c'est là un acte logique, conséquence directe et naturelle de ses hallucinations visuelles. D'autres se cachent sous leur lit, se terrent dans un coin de leur chambre pour échapper à une grêle de pierres.

De même, les gestes de l'alcoolique sont, à y regarder de près, souvent destinés à le défendre contre les attaques dont il se croit l'objet : c'est ainsi qu'un malade se blesse en frappant contre un mur, sur le sol, pour assommer des ennemis imaginaires, mais surtout des rats, des serpents. Dans un autre ordre d'idées, un jardinier marche avec précaution pour éviter d'écraser des légumes qu'il croit voir sur le sol.

L'alcoolique cherche habituellement à quitter son lit, à sortir de la chambre où il est enfermé : c'est parce qu'il se croit menacé ou en danger; cette tendance à

la fuite est la conséquence forcée de ses hallucinations terrifiantes. Quoi de plus fréquent et de plus pénible que le spectacle de ces malheureux malades qui, ayant les bras et les jambes entravés, s'efforcent inlassablement de se débarrasser de leurs liens, répétant que l'heure de leur travail est arrivé, qu'ils sont en retard.

Toujours les malades se préparent à l'action, parlent de déplacements, de voyages. Le délire alcoolique est essentiellement actif; selon le mot de Lasègue : « il n'a rien de contemplatif ».

Cette agitation incessante, ce délire de paroles et d'actions justifient le terme de *forme maniaque*, proposé pour la variété la plus commune du delirium tremens.

Mais la tristesse des idées peut être telle qu'on a décrit une *forme mélancolique*, nettement séparée de la précédente par Marcé : le visage du malade reflète alors ses préoccupations et ses craintes; parfois même, le délirant croit assister à son propre enterrement (Marcel) (1).

Dans d'autres cas, les scènes auxquelles il assiste le sidèrent; il reste immobile, ne répond pas aux questions, urine sous lui, laisse couler sa salive de sa bouche, paraissant plongé dans un véritable état de stupeur; c'est la *forme stupide* du delirium tremens.

Ces diverses formes de délire (*maniaque*, *mélancolique*, *stupide*) peuvent d'ailleurs se succéder rapidement chez un même sujet. Rarement il s'agit de *délire ambi-*

(1) Marcel. *De la folie causée par l'abus des liqueurs alcooliques*, Thèse de Paris, 1847.

tieux, et, dans ces cas, il y a toujours association d'hallucinations pénibles (Magnan) (1).

Pendant son délire, l'alcoolique peut être amené à des tentatives de *meurtre* : il se comporte comme s'il était en état de légitime défense; on l'a menacé, il se défend et, souvent, lorsque la crise est passée, il donne la raison de ses actes de violence.

De même, quand un alcoolique se blesse ou se tue, son *suicide* n'est pas raisonné, préparé d'avance; mais pour échapper à ses ennemis, pour fuir un incendie il se précipite par la fenêtre, croyant passer par la porte : un malade dont Brierre de Boismont relate l'observation, aperçoit une figure extraordinaire qui lui fait signe de le suivre; il se lève, court après elle, tombe dans la rue; il avait passé par la fenêtre; un autre frappe une personne dont la figure lui paraissait celle d'un monstre, d'un ennemi.

Quelle que soit la loquacité du malade, il est toujours possible, et c'est là une remarque d'une grande valeur diagnostique, d'interrompre son délire, en l'interpellant à haute voix. Il est nécessaire de lui parler brusquement, énergiquement, de le surprendre; de cette façon, on peut être certain qu'il répondra d'une manière sensée à la question posée; c'est ainsi qu'on pourra lui faire dire son nom, son âge, sa profession; certains mêmes donnent des renseignements exacts sur leurs excès alcooliques habituels. Mais aussitôt la réponse faite, le malade

(1) Liepmann fait remarquer que l'anxiété est un symptôme essentiel, caractéristique du delirium tremens, symptôme qui pourrait exister même en dehors des hallucinations.

retombe dans son délire et se remet à parler avec une volubilité qui le rend incompréhensible; cependant une nouvelle interpellation pourra le faire sortir de son délire, le réveiller brusquement du songe intérieur dont il semble occupé (Ball et Chambard). Livré à lui-même, il est l'esclave de ses perversions sensorielles; par contre, son esprit, dès qu'il est tenu en éveil, redevient son maître (Marandon de Montyel).

Ce délire de paroles et d'actions est toujours plus marqué pendant la nuit, comme les hallucinations elles-mêmes; il s'accompagne d'une insomnie absolue, symptôme capital, qui ne manque jamais, même dans les formes légères et contre lequel on peut épuiser en vain toutes les ressources de la thérapeutique.

A ces troubles intellectuels suffisamment caractéristiques par eux-mêmes, vient s'ajouter le tremblement, symptôme d'une importance telle qu'il a valu son nom à l'affection qui nous occupe.

Tremblement. — Ce tremblement, généralisé, est toujours plus marqué au niveau de l'extrémité céphalique. Il intéresse surtout la face, les lèvres, plus particulièrement la lèvre supérieure, animée d'une trémulation continuelle; la langue également atteinte présente un tremblement fibrillaire rappelant un peu le tremblement vermiculaire des paralytiques généraux et accompagné de mouvements de retrait (mouvement de trombone). Ce tremblement continu intéresse aussi les mains, si

(1) Ball et Chambard. Article (delirium tremens) in *Dict. encyclop. des Sciences médicales.*

bien que quelques malades ont de la carphologie : leurs doigts cherchent à saisir des objets imaginaires; un malade, observé par Bally voulait ramasser avec ses mains tremblantes des épingles qu'il croyait voir sur la couverture de son lit.

Dans les formes graves, le tremblement est toujours généralisé; lorsque le malade réussit à quitter son lit, on voit qu'il est animé d'une trémulation générale; mais il est plus facile de l'apprécier en palpant en divers points la surface du corps, avec la main posée à plat les frémissements des fibres musculaires sous jacentes aux téguments donnent une sensation toute particulière : le malade semble animé d'un mouvement vibratoire continu, plus sensible à la palpation qu'à un simple examen.

Bien que généralisé, le tremblement peut prédominer sur une moitié du corps (tremblement à forme hémiplégique). D'après Le Filliatre, la topographie des régions intéressées par le tremblement permettrait, dans une certaine mesure, de dépister le mode d'intoxication : les buveurs de vin accuseraient surtout du tremblement des membres; chez les buveurs d'absinthe, au contraire, le tremblement serait plus intense à la partie supérieure du corps, et intéresserait plus spécialement la langue (1). C'est là une distinction un peu subtile, qui ne nous paraît pas confirmée par les faits; d'ailleurs les buveurs toujours plus éclectiques qu'absolus, abusent de toutes les variétés de boissons alcoolisées.

(1) Le Filliatre. *Nouvelle méthode graphique permettant d'enregistrer tous les tremblements : application dans un essai sur les troubles moteurs de l'alcoolisme.* Th. de Paris, 1899.

Au cours de la crise de delirium tremens, le tremblement est continu, persistant pendant plusieurs jours consécutifs, même dans les rares intervalles où le malade garde quelque repos. Mais il augmente toujours à l'occasion des mouvements volontaires; à chaque instant on peut se rendre compte de ce fait, soit que le malade quittant son lit, essaye de faire quelques pas ou cherche à ouvrir une porte, une fenêtre, soit que, maintenu dans son lit, il cherche à porter à sa bouche son verre d'une main vacillante.

Le tremblement du delirium tremens, de par son mode de production, est mixte, tenant à la fois du tremblement intentionnel de la sclérose en plaques, et du tremblement passif, au repos, de la paralysie agitante. Il se compose de 6 ou 7 oscillations par seconde : celles-ci se succèdent à intervalles réguliers, mais leur amplitude est inégale. Elles affectent constamment le type vertical, signe pathognomique du tremblement alcoolique; mais tandis que dans l'alcoolisme chronique le tremblement est plus marqué le matin, au cours du delirium tremens, il atteint son maximum le soir, comme d'ailleurs les divers troubles qui l'accompagne (hallucinations, délire).

Le tremblement entraîne nécessairement divers troubles fonctionnels : la parole, en particulier, devient hésitante, saccadée, incertaine, embarrassée, ou impérieuse, chaque effort de phonation entraînant un redoublement de la trémulation des lèvres.

Les mouvements désordonnés des membres supérieurs rendent la préhension difficile, le sujet est maladroit.

La démarche est chancelante, titubante; mais Borshoeffer fait remarquer que cette instabilité n'est pas la conséquence du tremblement; selon lui, elle résulterait d'un trouble de l'orientation et devrait être considérée comme un vertige d'origine cérébelleuse.

Le tremblement peut être remplacé par des *mouvements choréiformes*, parfois des *secousses cloniques*, véritables *attaques épileptiformes*, dont l'apparition suivant Magnan, serait la preuve d'une intoxication certainement absinthique (1).

Troubles fonctionnels et généraux. — La physionomie d'un sujet atteint de delirium tremens devient rapidement caractéristique : le faciès est animé, vultueux; les yeux brillants et hagards avec des conjonctives rouges et injectées; les lèvres et les dents sont recouvertes de mucus desséché et de fuliginosités; la langue est saburrale, l'haleine fétide.

La loquacité est intarissable, l'agitation incessante : le malade s'efforce de quitter son lit, pour fuir les spectacles qui l'effrayent; il lutte avec le personnel qui cherche à le maintenir et fait souvent preuve d'une vigueur physique qu'on ne s'attendrait guère à rencontrer chez un individu qui refuse toute alimentation et ne dort pas depuis plusieurs jours. D'autres malades, avec une patience inlassable, passent des journées entières à défaire les liens qui les maintiennent, souvent sans violences, comme s'ils exécutaient une tâche que seule

(1) Magnan. Du délire alcoolique, *Gaz. des hôp.*, 1887.

la maladresse et l'incoordination de leurs mouvements rendent trop difficiles pour eux.

Cependant il est exceptionnel que le malade consente à rester au lit ; il a une tendance marquée à sortir, à fuir. On peut voir des blessés qui déroulent les bandes de leurs pansements, enlèvent un appareil maintenant une fracture de jambe ou qui se mettent à marcher sans paraître éprouver la moindre douleur; c'est ainsi qu'on rapporte les cas de sujets, opérés de hernie, qui dévident leurs anses intestinales. Beaucoup paraissent doués d'une anesthésie absolue : un malade atteint de phlegmon diffus du membre supérieur est pris à l'occasion de cette infection d'une crise de delirium tremens; il se rend à la salle d'opération et supporte, sans un cri, sans une plainte, de larges débridements au thermocautère, bien qu'on n'ait eu recours chez lui à aucune tentative d'anesthésie locale ou générale.

En dehors de ces troubles intéressant la vie de relation, les grandes fonctions de l'organisme paraissent peu touchées.

Si le sujet n'est pas atteint de pneumonie, la respiration reste calme et l'apparition de la dyspnée doit faire chercher soigneusement une lésion de l'appareil respiratoire. La température est normale dans la forme commune (Magnan); le pouls reste régulier, bien frappé ou a peine accéléré. Par contre, les signes d'embarras gastro-intestinal sont constants : la langue est saburrale, étalée, gardant les empreintes des dents; parfois elle revêt l'aspect de langue de perroquet, et cet aspect doit faire songer, comme chez le vieillard, à l'existence

d'une pneumonie latente dont elle apparait comme l'unique manifestation.

Les modifications des urines s'observent chez tous les malades (1). Habituellement, elles sont diminuées de quantité; leur coloration est foncée, leur densité élevée; elles renferment très souvent de l'albumine (76 p. 100, d'après Liepmann); cette albuminurie est toujours transitoire et disparait dans les 24 heures qui suivent la cessation du délire. Jacobson attache à sa constatation une grande importance; il fait remarquer que sa fréquence, rapprochée de l'existence concomitante de la perte du poids, de l'hypertrophie de la rate et souvent d'un certain degré de tuméfaction passagère du foie (nous avons noté la fréquence du subictère chez les sujets atteints de delirium tremens), rapprochent le delirium tremens d'une maladie infectieuse aiguë.

Les modifications de la formule leucocytaire ont été étudiées par Elzholz (2) : dans 18 cas de delirium tremens (non compliqués d'infections) il a trouvé constamment la même formule leucocytaire : il y a augmentation du nombre des polynucléaires et disparition presque complète des éosinophiles; ces derniers éléments ne réapparaissent qu'après cessation du délire. Il admet à ce propos qu'il se forme à la longue dans l'organisme des alcooliques une toxine, véritable antidote de l'alcool qui s'accumule peu à peu dans le sang et finit par faire

(1) Liepmann. — Ueber Albuminurie, albumosurie und andere Korperliche sympt. des del. tremens. *Arch. fur. Psych.*, 1896, XXVIII, 2, p. 570.
(2) Elzholz. *Jahrbucher fur Psychiatrie*, 1897, vol. XV, p. 180.

éclater le delirium tremens, en amenant les modifications hématologiques constatées.

Evolution. — L'évolution du delirium tremens est variable suivant l'intensité des accidents et aussi suivant la nature de la cause provocatrice (traumatisme, pneumonie).

Sous l'influence d'un traitement approprié, les formes de gravité moyenne guérissent après une durée qui varie de 3 à 6 jours, mais n'excède généralement pas une semaine.

Le premier indice d'amélioration est la disparition, dans le courant de la journée, des hallucinations et du délire qui en est la conséquence; elles se reproduisent encore chaque soir, quand le malade est de nouveau plongé dans l'obscurité; mais elles cessent quand l'aube apparait : le sujet reste calme pendant la journée, à l'exception du tremblement qui persiste presque aussi intense qu'au début. La guérison définitive est annoncée par un sommeil profond qui, pourrait-on dire, sert de crise à l'accès de delirium tremens et en marque la terminaison; celle-ci revêt parfois l'aspect d'une véritable crise, avec diarrhée, polyurie, sueurs abondantes. « Du moment que le malade a dormi, ne fut-ce que 4 heures, on peut être certain qu'il ne mourra pas » (Lasègue).

Cependant il n'est pas exceptionnel d'observer des rémissions temporaires et les accidents délirants, l'agitation, peuvent réapparaître, après avoir cessé pendant 48 heures.

Le plus souvent la convalescence est rapide : le malade

se plaint parfois d'une céphalée persistante, mais modérée; le visage reste pendant quelques jours pâle et amaigri; les traits sont tirés, mais habituellement on est surpris de la rapidité avec laquelle les alcooliques se rétablissent, étant données l'insomnie absolue et l'agitation des jours précédents (A. Fournier); en quelques jours, ils redeviennent capables de se livrer à leurs occupations journalières.

Bien que la guérison soit la règle dans les formes de gravité moyenne, il ne faut pas trop se hâter de porter un pronostic favorable et, sous des influences encore mal déterminées, la mort s'observerait dans 15 p. 100 des cas (Roubinowitch).

Comme l'a signalé Jaccoud, le delirium tremens peut se terminer par une *méningite aiguë*; celle-ci, ordinairement très fruste dans son expression symptômatique, « ne serait qu'un mode d'évolution des lésions vers le sens inflammatoire de la congestion cérébrale qu'on constate toujours à l'autopsie » (A. Robin) (1).

Plus rarement, la mort survient dans l'adynamie, ou bien le malade succombe au milieu de phénomènes convulsifs, ceux-ci pouvant être la conséquence d'une *complication cérébrale* (hémorragie méningée, apoplexie).

D'autres fois, la terminaison fatale s'explique par l'existence d'une affection intercurrente (pneumonie, érysipèle de la face).

Enfin, chez certains alcooliques, surtout à la suite d'attaques répétées de delirium tremens, les troubles

(1) A. Robin. Méningite aiguë dans le delirium tremens, *Soc. de Biologie*, 1882, nº 24.

intellectuels qui caractérisent la crise, s'installent d'une manière définitive : ces phénomènes consécutifs à la crise étaient décrits autrefois sous le nom de *delirium tremens chronique* (A. Fournier). Il n'est pas exceptionnel, en effet, de voir, chez des sujets prédisposés, le passage rapide du délire transitoire de l'accès de delirium tremens à la démence alcoolique, le délire revêtant une forme d'ailleurs variable (délire mélancolique, hypochondriaque, délire avec idées de persécution).

Formes cliniques. — L'évolution du delirium tremens est différente suivant la forme qu'il revêt et, à ce point de vue, il est nécessaire de décrire, à côté des cas d'intensité moyenne que nous avons envisagés, des formes de pronostic différent : les unes, plus graves, d'ailleurs peu fréquentes; les autres, plus bénignes, réalisant en quelque sorte une ébauche de l'accès classique de delirium tremens, et qui sont d'observation courante.

La forme grave du delirium tremens a été décrite de main de maître par Delasiauve (1) et il est impossible de rien ajouter au tableau clinique qu'il en a tracé il y a plus d'un demi-siècle.

Dans cette forme, ce qui domine, c'est la prodigieuse activité nerveuse, l'intensité et la violence du délire : « le malade n'a ni trêve ni repos ; la multiplicité des fausses sensations est telle que le délire devient incohérent et décousu ; la loquacité extrême se réduit à un bredouillement incompréhensible. » (Delasiauve), Lasègue

(1) Delasiauve. *Revue médicale*, 30 avril 1852.

connaissait aussi cette variété de delirium tremens, d'un pronostic presque toujours fatal, la mort survenant dans plus de la moitié des cas, au milieu de phénomènes ataxo-adynamiques. Rapidement l'état général s'altère; le pouls devient petit, dépressible, la température s'élève ; parfois surviennent des convulsions épileptiformes ; » le visage est coloré, bouffi, le regard éteint au milieu de la sécrétion muco-purulente des paupières donne à la tête du malade un aspect épouvantable ; il ne reste comme signe d'activité que le tremblement qui l'agite ».

Magnan (1) sépare nettement du delirium tremens simple *le delirium tremens fébrile* auquel il reconnaît divers caractères distinctifs.

Le delirium tremens fébrile éclate à la suite d'excès de boissons récents et nombreux, tandis que le delirium tremens simple apparaît sans excès nouveaux, mais à l'occasion et sous l'influence d'une maladie intercurrente.

Dans le delirium tremens fébrile, les troubles sensoriels peuvent avoir une intensité modérée ; mais deux symptômes essentiels attirent l'attention.

1) *L'hyperthermie* est constante; la température s'élève progressivement, pouvant atteindre 41°, 42° même; de plus, elle est liée au delirium tremens lui-même; et ne s'explique pas par une affection intercurrente, latente, telle qu'une pneumonie.

(1) Magnan. *De l'alcoolisme; des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement*, 1874.

2) *Le tremblement est généralisé* à tous les muscles du corps; de plus, ce tremblement même lorsqu'il n'est pas très intense, s'accompagne de frémissements, d'ondulations musculaires et la main perçoit mieux que la vue ces vibrations dues aux contractions inégales et irrégulières des faisceaux musculaires ».

3) Il existe enfin de la *faiblesse musculaire* caractérisée par de la faiblesse des membres supérieurs, et une paralysie incomplète des membres inférieurs : vers le 2e ou 3e jour, le malade est devenu incapable de se tenir debout; mais cette faiblesse musculaire est un symptôme plus inconstant et plus tardif que les deux précédents; ceux-ci suffisent d'ailleurs à faire porter un pronostic sûrement fatal, malgré la thérapeutique la plus active.

Plus fréquentes que les formes graves sont les *formes légères*, d'un pronostic le plus souvent bénin.

Dans ces cas, autrefois décrits sous le terme de *delirium tremens subaigu*, la symptomatologie est très réduite.

Le sujet, qui n'est pas toujours alité, est victime d'hallucinations se rapportant habituellement à ses occupations professionnelles; elles n'apparaissent guère que le soir pour persister pendant la plus grande partie de la nuit; elles s'atténuent le matin, quand le jour apparait et cessent d'ordinaire complètement dans la journée. Elles entraînent un subdelirium tranquille, délire de paroles plutôt que d'actions.

Le tremblement, qui pouvait exister antérieurement

du fait d'habitudes alcooliques anciennes, n'augmente pas d'intensité.

A ces accidents se joignent des signes d'embarras gastro-intestinal. C'est surtout dans ces formes légères, nécessitant à peine l'hospitalisation (en dehors de la cause qui les a occasionnées : angine, grippe, intoxication alimentaire), c'est dans ces formes, disons-nous, qu'il est fréquent de mettre en évidence un léger degré d'insuffisance des organes de défense de l'économie : la glycosurie alimentaire, passagère, est souvent constatée ; de même la diminution de la perméabilité rénale au bleu de méthylène.

Il faut encore signaler des formes plus atténuées, plus frustes, où les accidents se réduisent à un léger tremblement, accompagné d'un certain degré d'incoordination musculaire. Mais quelque soit la bégninité de ces cas de delirium tremens, on retrouve un symptôme constant et, par cela même, capital : c'est l'*insomnie*. On connaît sa fréquence chez l'alcoolique ; dans les cas de delirium tremens frustes que nous envisageons, les troubles du sommeil atteignent leur maximum d'intensité : souvent une insomnie absolue, persistant pendant deux ou trois jours remplace le sommeil agité, entrecoupé de rêvasseries qu'on observe si souvent chez les alcooliques.

CHAPITRE III

PRONOSTIC

Toujours sérieux, le pronostic est dicté en grande partie par la gravité des symptômes généraux, notion bien établie par Magnan qui, à ce sujet, sépare les cas de delirium tremens apyrétiques et les cas accompagnés de fièvre.

D'autre part, l'apparition d'une crise de delirium tremens au cours d'une affection (telle que pneumonie, érysipèle de la face), aggrave toujours la situation et est trop souvent l'indice d'une terminaison fatale.

Lorsque l'accès est terminé, il importe de tenir compte de la tendance à la récidive, même lorsque le sujet a renoncé à ses habitudes alcooliques. Trousseau insistait sur la facilité avec laquelle le delirium tremens récidive : « l'alcoolique qui a eu une attaque de delirium tremens est rarement guéri et ordinairement incité à de nouvelles débauches ; la dipsomanie est plus souvent la suite que l'antécédent du premier délire ébrieux ».

Legrain et Guiard ont envisagé également cette tendance à la récidive (1) et, à ce point de vue, ils divisent les malades en deux catégories : 1° les alcooliques simples, buveurs d'habitude, souvent sans tare héréditaire, ni passé pathologique, qui récidivent parce qu'on ne les garde pas assez longtemps à l'asile pour guérir, c'est-à-dire pour modifier leur état mental de buveurs, pour leur faire perdre l'habitude de boire, qu'ont créée de longues années d'intempérance et parce qu'ils retrouvent les mêmes causes provocatrices.

2° Les psychopathes, qui délirent sous l'action de doses souvent minimes d'alcool, et qui présentent une tendance à la récidive par suite de leurs défectuosités mentales.

Actuellement enfin, se pose une *question médico légale*, dans les cas de delirium tremens post-traumatiques. A ce propos, Tardieu (2) faisait remarquer que « tout ce qui ne dépend pas proprement de la nature de la blessure ne saurait être imputé à son auteur ». Au point de vue médico-légal également, Forgue et Jeanbrau (3) mentionnent que : « en Allemagne, la jurisprudence fixe ainsi les conditions dans lesquelles un délire post-traumatique doit être tenu comme résultant de l'accident, et, à ce titre, indemnisable : le delirium tremens doit survenir dans les premiers jours, et, en tout cas, pendant que le malade est encore au lit ».

(1) Legrain et Guiard. *Congrès de Grenoble*, août 1902.

(2) Tardieu. Cité dans le *Dict. d'hygiène et de salubrité*, 2e édition, 1862.

(3) Forgue et Jeanbrau. La mort par délire post-traumatique et la loi sur les accidents du travail, *Presse médicale*, 1909.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Depuis le jour ou le délirium tremens a pris place dans le cadre nosologique, à la suite des travaux de Sutton (1813), Rayer (1819), il a été l'objet de nombreuses discussions thérapeutiques.

Il est difficile de rappeler tous les traitements préconisés contre cette affection et nous nous contenterons de grouper rapidement :

1° Les médicaments;

2° Les médications,

qui ont donné les meilleurs résultats.

I. — Les médicaments.

Opium et ses alcaloïdes

La médication par l'opium et ses dérivés a été une des premières employées et ce sont surtout Trousseau

et Lancereaux qui, en France, ont précisé la posologie et le choix des préparations.

On a utilisé soit l'extrait d'opium à des doses variant de 0 gr. 10 à 0 gr. 25 et même davantage par 24 heures, les malades supportant des doses qui seraient certainement mortelles dans d'autres affections. Le laudanum a été employé surtout sous forme de vin laudanisé (60 gouttes dans un litre de vin), mais Dupuytren lui préférait l'administration par voie rectale sous forme de petit lavement contenant 5 à 6 gouttes de laudanum et renouvelé toutes les 6 heures.

La morphine administrée par doses fractionnées suivant la méthode de Roser a pu atteindre les doses de 0 gr. 008, 0 gr. 020, et même dans un cas de Perrion 0 gr. 40 en 24 heures.

La narcéine aurait été employée avec succès par de Lucé dans les cas où l'opium aurait échoué.

Il semble qu'on ait été conduit à employer l'opium par le désir d'imiter la nature, en provoquant le sommeil qui sert de crise à l'attaque de délirium tremens, mais de nombreux auteurs se basant sur les résultats défavorables établis par de nombreuses statistiques, condamnent la médication opiacée.

D'ailleurs cette médication semble illogique si l'on considère que le delirium tremens traduit surtout une intoxication à la fois exogène et endogène : on ne fait par cette méthode qu'ajouter un deuxième empoisonnement au premier ; sous cette influence le rein fonctionne moins bien, le cerveau se congestionne davantage et la sédation nerveuse n'est qu'apparente.

Chloral

Son emploi a été méthodiquement réglé par Lancereaux. On l'emploie le plus souvent à la dose de 4 grammes le soir, suivie d'une nouvelle dose itendique le lendemain s'il y a lieu.

Bien qu'on ait administré jusqu'à 25 grammes en 22 heures (Curschmann), Gubler estime prudent de ne pas dépasser 6 grammes en 24 heures et il semble préférable de recourir à de petites doses répétées (0 gr. 50 à 2 grammes toutes les 4 heures).

Le chloral est en réalité un médicament infidèle; utile seulement au début de la crise et auquel il ne faut pas recourir s'il existe des lésions cardio-vasculaires avancées.

Chloroforme

Très utilisé autrefois soit en inhalation, soit par voie buccale, il n'a guère été employé en France que par Moreau de Tours qui, reprenant les travaux de Lange, l'a administré sous forme d'eau chloroformée à la dose de 4 à 8 grammes *pro die*.

Digitale

La découverte de la médication par la digitale est l'effet du hasard.

Jones de Jersey (1861) avait appris l'histoire d'un malade qui, au cours d'une crise de délire alcoolique, absorba par erreur une once de teinture de digitale et

guérit. Il eut l'idée d'essayer ce médicament dans des cas analogues après insuccès de l'opium et obtient des guérisons. D'après sa méthode on donne une première dose de une demi once dans une petite quantité d'eau ; habituellement une deuxième dose est nécessaire quatre heures après, parfois même une troisième.

Dans un cas, Schardey a administré 57 grammes de teinture de digitale en 7 jours. En France, Gubler recommande des doses plus faibles (2 grammes de poudre de digitale le premier jour, 1 gr. 50 le lendemain).

Le mode d'action de la digitale est difficile à déterminer. Pour les uns, elle préviendrait les accidents cardio-vasculaires qui sont souvent cause de la terminaison fatale; pour les autres, elle aurait une action sédative vis-à-vis du système nerveux, plus particulièrement du grand sympathique dont le fonctionnement serait toujours troublé au cours du délirium tremens (Dujardin-Beaumetz).

Strychnine.

L'usage de la strychnine a été conseillé pour la première fois par Huss (1850), mais c'est surtout à Luton de Reims (1873), que revient le mérite d'avoir mis en évidence l'usage de ce médicament.

Luton a employé l'extrait de noix vomique (0 gr. 15 à 0 gr 20 , la teinture de noix vomique (4 à 6 grammes). Mais la forme la plus utilisée actuellement est le sul-

fate de strychnine par voie buccale et surtout par voie hypodermique.

D'après l'expérience des auteurs on peut administrer le sulfate de strychnine en injections hypodermiques de 2 milligrammes répétées 3 ou 4 fois en 24 heures.

Dans une longue discussion à la Société de Chirurgie en mai 1905, Chauffard, Bazy, Fernet, Broca se sont déclarés partisans de la médication par la strychnine.

Il semble que la strychnine ait une action vraiment spécifique et puisse être considérée comme l'antidote de l'alcool. Cet antagonisme a d'ailleurs été mis en évidence par Giacomini et par Amagat. La possibilité d'administrer des doses considérables chez l'homme s'explique par ce fait que l'alcoolique offre une résistance considérable à l'action des médicaments en général.

Médicaments sédatifs.

Il nous reste à envisager rapidement tout un groupe de médicaments qui ont donné parfois des résultats satisfaisants dans le traitement du délirium tremens.

Le *chanvre indien* recommandé par Beddoé d'Edimbourg, utilisé par Villard, en France, se donne sous forme de teinture à la dose de 20 à 40 gouttes et même davantage dans les 24 heures.

L'*hyoscyamine* a été employée par Tepton (1886), qui a donné jusqu'à 3 milligrammes d'hyoscyamine (de Merck), en solution hydro-alcoolique. Ce médicament ne conviendrait qu'aux individus robustes sans habitudes alcooliques invétérées.

L'*hyoscine* est utilisée depuis longtemps à Sainte-Anne, sous forme d'une solution au 1/1000e dans un mélange d'eau distillée et d'eau de laurier-cerise dont on injecte en général un 1/2 centimètre cube.

La *scopolamine* même à très faible dose (1/2 milligramme), est un médicament dangereux qui doit être abandonné.

Le *trional* utilisé par Russel Bellami à la dose de 2 gr. 50 par jour amènerait rapidement le sommeil avec amélioration simultanée du pouls et de la température, mais on lui préfère actuellement le médicament suivant :

Le *véronal* a donné de bons résultats à Ranson et Scott, de Chicago (1911), qui l'emploie à la dose de 1 à 4 grammes par jour en diminuant progressivement les doses les jours suivants. Il aurait l'avantage de procurer un sommeil tranquille et sous son influence on voit souvent la température s'abaisser et l'albumine disparaître.

Le *véronal sodique* a la même action que le précédent mais présente l'avantage d'une plus grande solubilité, ce qui permet de l'administrer en potion, en lavement et même en injection sous-cutanée.

En dehors de ces médicaments nous nous contenterons d'en mentionner d'autres dont l'efficacité est très contestable : tels sont le camphre, la valériane, la teinture de datura stramonium, le musc (Magnan et Sérieux), l'huile empyrumatique de pomme de terre (Huss), totalement délaissée aujourd'hui.

A ces nombreux sédatifs, il faut opposer les médicaments toniques parmi lesquels l'acétate d'ammoniaque,

le quinquina et le sulfate de quinine, l'ammoniaque, l'acétate de soude et la teinture de Gaiac.

A cette liste déjà longue il faut ajouter deux agents thérapeutiques qui méritent de retenir quelques instants l'attention.

L'*ergotine* est considérée par Ranson et Scott comme très utile à la période initiale ou prodromique; elle agirait en diminuant l'hypérémie cérébrale et en prévenant l'œdème méningé si souvent constaté à l'autopsie.

L'*atropine* a été recommandé par Touvime qui lui doit plusieurs succès (1 milligramme en injection sous-cutanée).

A ce propos il est intéressant de rappeler à titre de curiosité l'emploi de la pommade belladonée dans un cas de delirium tremens. Grieves (1855) ayant remarqué que les hallucinations visuelles constituaient un des caractères saillants du delirium tremens et qu'en même temps la pupille restait contractée, préconisa des frictions de pommade belladonée autour de l'orbite, espérant faire cesser le myosis et ainsi les hallucinations. Cette médication lui aurait donné un succès, mais cette tentative n'a pas été renouvelée.

Les nombreux médicaments que nous venons d'étudier sont, pour la plupart, des sédatifs du système nerveux; ils cherchent à provoquer artificiellement le sommeil réparateur qui marque le retour à la santé. Mais cette médication symptomatique n'a pas toujours donné d'excellents résultats et l'on ne tarda pas à s'apercevoir que certains cas abandonnés à eux-mêmes guérissaient

aussi bien et même mieux que d'autres traités par l'opium, le chloral, ou même d'autres médicaments.

D'autre part, des recherches anatomo pathologiques et pathogéniques, ont établi que le délirium tremens n'est pas dû à l'accumulation de l'alcool dans l'organisme, mais à une auto-intoxication résultant de l'insuffsance fonctionnelle des émonctoires, ce dont on trouve la preuve dans les lésions presque constantes du foie et des reins à l'autopsie.

D'où cette importante déduction qu'il faut traiter le malade non pas au moyen de médicaments qui réalisent le plus souvent une nouvelle intoxication surajoutée, mais bien par des procédés destinés à lutter contre l'intoxication. Ainsi est réalisée la médication pathogénique et nous allons envisager les différentes méthodes qui permettent d'obtenir ce résultat.

II. — **Les médications.**

Médication vomitive et purgative.

Les vomitifs utilisés depuis longtemps par les médecins anglais ne sont recommandables que si l'état général est bon et les forces suffisantes. Le lavage d'estomac avec de l'eau additionnée de bicarbonate de soude a donné de bons résultats.

Les purgatifs salins huileux, surtout le calomel, sont de bons adjuvants du traitement, on en peut rapprocher le capsicum annuom qui produit surtout une dérivation intestinale.

Bains froids. Ils ont été préconisés en France par Glénard, Tripier et Bouveret Juhel-Renoy et plus récemment par Letulle, Molinié (1899), Salvaut (1900). La balnéation froide agit non seulement contre l'élévation de la température mais encore favorise la diurèse. De nombreuses études montrent qu'en résumé l'eau froide exerce une action sédative sur l'éréthisme nerveux et vasculaire en diminuant la susceptibilité nerveuse, elle combat la faiblesse consécutive. (Bonnettg).

Modes d'administration. La durée, la température, la fréquence des bains varient suivant la gravité du délirium tremens et surtout suivant la marche de la température.

Lorsque la température oscille entre 38° et 39°, on donnera des bains tièdes prolongés (Legrain), ou des bains à 28°, refroidis jusqu'à 25° et de courte durée.

Si la température dépasse 39° et lorsque le délire est plus violent, la température initiale du bain doit être de 25° et on le refroidira progressivement jusqu'à 22° et même 20°; le malade restera 5 à 10 minutes dans le bain.

Dans les cas très graves, répondant à la forme suraiguë de Delasiauve, au délirium fébrile de Magnan, la température peut dépasser 40°, atteindre 41° et même davantage, il faut alors recourir aux bains froids à 18°, pendant 15 à 20 minutes et renouveler les bains toutes les 3 ou 4 heures; il est souvent préférable dans ce cas de raccourcir la durée des bains et de donner des bains plus rapprochés. Les bains devront être continués jusqu'à cessation du délire et de l'hyperthermie et on devra constamment surveiller le malade pendant toute

la durée du bain, en redoutant particulièrement le collapsus cardiaque. Aussitôt après le bain, le malade prendra des boissons stimulantes, chaudes et abondantes. On surveillera le pouls : s'il faiblit, on fera des injections sous-cutanées de spartéine, de strychnine, d'éther et de caféine.

Les seules contre-indications du bain froid sont : les complications graves, l'artério-sclérose, la néphrite interstitielle, l'âge avancé des malades, car les vieillards réagissent mal aux bains froids.

On pourra, dans certains cas, recourir aux *affusions froides*, suivies chaque fois de frictions sèches.

Injections de sérum artificiel.

Elles ont été préconisées par James Warbasse de New-York. Pour lui cette médication augmente la diurèse, relève la tension vasculaire toujours abaissée dans le délirium tremens. Masbrenier recommande les grandes injections de sérum artificiel et Quénu considère cette médication comme un tonique puissant et un diurétique rapide. Le sérum artificiel s'administre soit en injections sous-cutanées (jusqu'à 500 centimètres cubes), soit en injections intraveineuses, on peut atteindre jusqu'à 1.500 centimètres cubes dans les 24 heures, parfois même en une seule injection.

Dans les cas de néphrite chronique ancienne, il serait préférable d'employer des solutions isotoniques de glucose, sans effet nocif sur l'épithélium rénal.

Saignée.

Proposée autrefois dans le traitement du delirium tremens, la saignée a donné des résultats déplorables (Rayer). Elle conserve cependant ses indications chez les sujets pléthoriques, ou quand le délirium tremens s'accompagne d'accidents convulsifs, avec grincements des dents et quelquefois constrictions tétaniques (Morel).

III. — **Les indications thérapeutiques.**

Il est bien certain qu'il n'existe pas de traitement spécifique du délirium tremens. Un médicament donné peut juguler les troubles nerveux et calmer le malade, mais souvent en l'exposant à des accidents plus graves; cependant il ne faudrait pas du danger de certains médicaments conclure à leur rejet absolu. Il est nécessaire pour établir une ligne de conduite de tenir compte de l'intensité des accidents et de la forme du délirium tremens qu'on doit traiter.

Dans les formes légères, l'administration d'un purgatif, accompagnée de boissons diurétiques peut être associée à l'emploi du vin laudanisé, du chloral pour lutter contre l'insomnie, et mieux encore du véronal.

Dans les formes plus sévères devant le danger qu'occasionne la violence du délire, la question se pose de savoir s'il faut recourir à la camisole de force. Letulle,

Magnan et Sérieux la repoussent, la considérant comme un moyen « barbare et homicide ».

Il est préférable de soumettre le malade à une surveillance continuelle dans une chambre capitonnée, en le vêtant d'un maillot souple, qui, sans gêner les mouvements respiratoires le protège contre le refroidissement. Actuellement tous les auteurs sont d'accord pour rejeter l'administration des boissons alcolisées, seul le vin laudanisé peut être toléré : il n'est pas dangereux et présente au moins l'avantage de pouvoir être facilement accepté par le malade. Parmi les médicaments, la strychnine semble plus particulièrement indiquée sous forme d'injections hypodermiques (0,001 à 0,002) répétées plusieurs fois dans les 24 heures. Dans les cas de défaillance cardiaque, la teinture de digitale, la spartéine sont d'utiles adjuvants.

Dans la forme de delirium tremens fébrile de Magnan, la seule médication qui donne quelques chances de succès est la balnéothérapie froide acompagnée d'injections massives de sérum artificiel. Parmi les médicaments seuls les toniques comme la strychnine et les toni-cardiaques sont indiqués; il faudra s'abstenir des hypnotiques, des sédatifs du système nerveux qui apparaissent ici comme particulièrement dangereux.

En résumé, on peut poser en principe que les meilleurs procédés thérapeutiques sont ceux qui introduisent le moins de toxiques dans l'économie.

On ne jugule pas une crise de délirium tremens comme une névralgie, au moyen d'un calmant ou d'un hypnotique.

Le malade doit faire lui-même les frais de sa guérison, et pour qu'il arrive à ce résultat, il faut lui faciliter l'élimination des produits toxiques dont la rétention est la cause première des accidents nerveux du delirium tremens.

CONCLUSIONS

I. — Le délirium tremens est une manifestation l'intoxication chronique par les boissons fermentées. Sa fréquence est proportionnelle aux progrès de l'alcoolisme.

Favorisé par certaines circonstances telles que la fatigue, la chaleur, il nécessite toujours pour se produire une cause occasionnelle : un traumatisme ouvert ou fermé, ou une maladie infectieuse de gravité variable.

II. — Les *types cliniques* du délirium tremens ont tous un substratum symptômatique essentiellement constitué par : le délire, le tremblement, les modifications de l'état général.

Le *délire* est la conséquence directe des illusions et des hallucinations; celles-ci peuvent porter sur tous les sens mais intéressent toujours et d'une manière souvent exclusive, le sens de la vue. Ce délire, toujours plus marqué la nuit, est essentiellement actif : mouvements

de défense, de fuite, ce qui explique les actes d'homicide ou de suicide commis par ces malades.

Le *tremblement* est généralisé et prédomine au niveau des extrémités et de la face, en particulier au niveau des lèvres : d'où le faciès caractéristique du malade.

Toutes les formes s'accompagnent à un degré variable de *symptômes généraux* : température parfois très élevée, troubles gastro-intestinaux, insuffisances fonctionnelles du foie et des reins. Ces troubles, sur lesquels l'attention a été attirée dans ces dernières années, expliquent dans une certaine mesure la pathogénie des accidents et leur notion entraîne d'importantes déductions thérapeutiques.

III. — L'*évolution* du delirium tremens dépend surtout de la cause occasionnelle, de la résistance du sujet. On observe tous les intermédiaires, depuis l'insomnie avec subdélire des alcooliques qui guérit souvent spontanément, jusqu'à la forme de delirium tremens suraigu de Delasiauve et Magnan, presque toujours mortelle.

IV. — Parmi les nombreux médicaments utilisés contre le delirium tremens, un petit nombre seulement, à des titres divers, mérite d'être conservé : l'opium, le chloral, la digitale et surtout la strychnine. Mais à eux seuls ils sont parfois inefficaces et souvent dangereux.

V. — Actuellement on reconnait la nécessité de traiter le malade comme un intoxiqué en favorisant l'éli-

mination des produits retenus dans l'organisme, par une des méthodes suivantes : la médication émétocathartique, la balnéation froide, peut-être la saignée et surtout la sérothérapie artificielle.

Vu : le Président,
CHAUFFARD

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Racle. — *De l'alcoolisme.* Thèse d'agrégation.

Lasègue. — *Études médicales.* Tome II, p. 59 et 203.

Bally. — *Du delirium tremens et de ses divers traitements.* Thèse de Paris, 1855.

Sollier — *Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme.* Paris 1899.

Magnan. — *De l'alcoolisme, des divers formes du délire alcoolique et de leur traitement,* 1874.

Ball. — *Leçons sur les maladies mentales,* 1880.

Grisolle. — *Traité de Pathologie interne.* Tome II, p. 58.

Landouzy. — Délire alcoolique au cours du rhumatisme articulaire aigu. *Gaz. des Hôp.*, 1884, p. 771.

Szerlevosky. — *Essai sur la physiologie pathologique et le traitement des délires causés par l'abus des médicaments dystrophiques dits d'épargne.* Thèse de Paris, 1875.

Roubinowitch. — L'alcoolisme. In *Traité de Pathologie mentale* de G. Ballet.

Edwards Mann. — Phénomènes cliniques et traitement du delirium tremens. *Journal of nervous and mental disease anal.*, in *L'Encéphale*, 1883, p. 384.

Fournier. — Article ALCOOLISME in *Nouveau dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques.*

Dupuytren. — *Leçons orales de clinique chirurgicale.* Tome II, p. 222.

Compendium de Médecine pratique.

Marandon et Montel. — Attentat à la pudeur commis par un alcoolique : delirium tremens postérieur à l'arrestation. *L'Encéphale*, 1885, p. 286.

A. Moreau. — *Contribution à l'étude du délire alcoolique.* Thèse de Paris, 15 juillet 1902.

Motet. — *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques.*

Brierre de Boismont. — *Des hallucinations*, 1852.

Cumpelik. — Trois congrès des médecins tchèques à Prague. *Anal. dans la Rev. de Neur.*, 30 sept. 1902.

Marcel. — *De la folie causée par l'abus des liqueurs alcooliques.* Thèse de Paris, 1847.

Ball et Chambard. — Article : DELIRIUM TREMENS, *in Diction. encyclop. des Sciences médicales.*

Le Filliâtre. — *Nouvelle méthode graphique permettant d'enregistrer tous les tremblements : application dans un essai sur les troubles moteurs de l'alcoolisme.* Thèse de Paris, 1889.

Magnan. — Du délire alcoolique. *Gaz. des Hôp.*, 1887.

A. Robin. — Méningite aiguë dans le delirium tremens. *Soc. de Biologie*, 1882, n° 24.

Delasiauve. — *Revue médicale*, 30 avril 1852.

Legrain et Guiard. — *Congrès de Grenoble*, août 1902.

Tardieu. — Cité dans le *Dictionnaire d'hygiène et de salubrité*, 2e édition. 1862.

Forgue et Jeanbrau. — La mort par délire post-traumatique et la loi sur les accidents du travail. *Presse médicale*, 1909.

Legruel. — *Contribution à l'étude du delirium tremens.* Th. de Paris, 1852.

Bley. — *Dict. des Praticiens*, p. 141.

Roser. — Traitement du delirium tremens par la morphine. *Med. times*, mars 1876.

Vibert. — *Journ. de Thérap.*, 25 juin 1875.
De Lucé. — *Bull. gén. de Thérap.*, 1867, t. 363.
Villers. — *Bull. gén. de Thérap.*, t 141.
Leudet. — *Path. et clin. médicales*, t. III.
Audhoni. — *La Thérap. contemporaine*, 3 avril 1881.
Lancereaux. — *Union médicale*, nov. 1878.
Aufrecht. — *Sem. médicale*, 1900, p. 62.
Jones. — *Med. times and Gaz.*, 29 sept. 1860.
Gübler. — *Journal de méd. et ch. pratiques*, 1871, p. 34.
Bindé. — Th. de Paris, 1886.
Chauffard. — *Soc. méd. des hôp.*, fév. et juin 1867.
Voisin. — *Bull. gén. de Thérap.*, 1865, p. 250.
Festal. — Thèse de Paris, 1877.
Luton. — *Mouvement médical*, 1873, p. 682.
Amagut. — *Bull. gén. de Thérap.*, 1884, t. 106.
Beddol. — *Progrès médical*, 19 fév. 1881.
Villars. — *Progrès médical*, 1881, n° 8.
Legrain. — *Presse médicale*, 4 déc. 1907.
Ramon et Scoti. — *The american journ.*, mai 1911.
Griéves. — *Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie*, 23 mai 1895.
Salvant. — Th. de Paris, 1901.
Molinié. — Th. de Paris, 1899.
Letulle. — *Presse médicale*, janv. 1896 et juillet 1899.
Masbrenier. — *Presse médicale*, 24 janvier 1900.

COULOMMIERS
Imprimerie DESSAINT et Cie.